

Данную форму можно найти на веб-сайте департамента DSHS, содержащем формы, по адресу:
<http://www.wa.gov/dshs/dshsforms/forms/eforms.html>.



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES
КАРТОЧКА КОНТРОЛЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ
и
УЧЕТА ПОСЕЩЕНИЙ

ИМЯ КЛИЕНТА

SERVICE VERIFICATION AND ATTENDANCE RECORD

ИМЯ/НАЗВАНИЕ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ

ИМЯ РАСПОРЯДИТЕЛЯ РЕСУРСОВ ПО ДЕЛУ	
ТИП ПРОГРАММЫ	
<input type="checkbox"/> Family Support (Поддержка семей)	<input type="checkbox"/> Alternative Living (Варианты проживания)
<input type="checkbox"/> Medicaid Personal care (Личный уход по программе Medicaid)	<input type="checkbox"/> VPP Attendant Care (Санитарный уход по программе VPP)
<input type="checkbox"/> Attendant Care (Санитарный уход)	<input type="checkbox"/> VPP Respite Care (Уход по программе VPP для обеспечения отдыха)
МЕСЯЦ	ГОД

Подпись: _____ КЛИЕНТ/РОЛИТЕЛЬ/ОПЕКУН

УКАЗАНИЯ:

- A. Внесите время начала предоставления услуг – укажите соответствующее время суток: **AM** (до полудня) или **PM** (после полудня).
 - B. Внесите время окончания предоставления услуг – укажите соответствующее время суток: **AM** (до полудня) или **PM** (после полудня).
 - C. Транспортировка клиента: расстояние, пройденное при транспортировке клиента по разрешению системы **SSPS** (система социальных выплат).
 - D. Расстояние, пройденное автомобилем поставщика услуг: внесите расстояние в милях, пройденное автомобилем до и от клиента с целью предоставления услуг, разрешенных системой **SSPS**.
 - E. Сохраняйте заполненные контрольные формы в своих документах в течение шести (6) лет. Органы **DDD/DSHS** могут потребовать у вас копии.